

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

215

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

A. BESSON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Les Manifestations psychiques
de l'Encéphalite épidémique
et la Psychose encéphalitique

Président de thèse : M. le Professeur ROGER

“ L'EXPANSION SCIENTIFIQUE
FRANÇAISE ”

23, Rue du Cherche-Midi = PARIS

1923

315

215

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

312



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

A. BESSON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Les Manifestations psychiques de l'Encéphalite épidémique et la Psychose encéphalitique

Président de thèse : M. le Professeur ROGER

“ L'EXPANSION SCIENTIFIQUE
FRANÇAISE ”

23, Rue du Cherche-Midi = PARIS

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie	
Anatomie médico-chirurgicale	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie organique et chimie générale.....	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	
Pathologie et thérapeutique générales.....	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale.....	
Thérapeutique	
Hygiène	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	
Pathologie expérimentale et comparée.....	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique des maladies du système nerveux.....	
Clinique des maladies contagieuses.....	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile.....	
Clinique thérapeutique	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique	

MM.
NICOLAS.
CUNÉO.
RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
N...
LECENE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD.
BALTHAZARD.
MENÉTRIÉR.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.
CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
FAURE.
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILLEAU.
DUVAL.
SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LE LORIER.	REITTERER.
BASSET.	FISSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT.	LEREBoullet.	ROUVIÈRE.
BRANCA.	GRÉGOIRE.	LERI.	SCHWARTZ.
CAMUS.	GUENIOT.	LEVY-SOLAL.	STROHL.
CHAMPY.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MES PARENTS

A MES SŒUR ET FRERES

A LA MEMOIRE DE MES AMIS :

CHARLES SAGET ET EDMOND RONGIERAS

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER,
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'Honneur.

Dont nous avons pu, en qualité d'externe,
suivre le haut enseignement et qui a bien
voulu nous faire l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

A MON MAITRE ET AMI,

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LEVY-VALENSI,
Médecin des Hôpitaux.

En témoignage de notre vive reconnais-
sance pour l'affectueuse sollicitude qu'il n'a
cessé de nous prodiguer depuis le début de
nos études.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE-KAHN,
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine
de Paris.

A qui nous devons l'idée de ce travail et
dont l'enseignement et les conseils nous ont
été du plus précieux secours, l'expression
de notre vive gratitude.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR TOUPET,
Chirurgien des Hôpitaux,
Assistant de consultation de l'hôpital Lariboisière.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHIRAY,
Médecin des Hôpitaux.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUE,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE,
Accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

A MON MAITRE ET AMI,
MONSIEUR LE DOCTEUR LE MIERE,
Médecin-inspecteur des Ecoles,
Médecin de l'Ecole Supérieure de Commerce
et d'Industrie,

A MES MAITRES :

MM. le Professeur GLEY;
le Professeur agrégé LEGRY;
le Docteur BABINSKI;
le Docteur ANDRÉ-THOMAS;
le Professeur agrégé ROUSSY;
le Professeur agrégé LÉRI;
le Docteur TRÉMOLIÈRE;
le Docteur LEMAIRE.

INTRODUCTION

L'encéphalite épidémique, affection de connaissance récente, puisque les premières observations publiées par von Economo, Schlessinger et Redlich à Vienne, par Harris et Hall en Angleterre, par Netter en France, remontent à 1917 et 1918, a traversé depuis cette époque différentes phases.

Appelée d'abord encéphalite léthargique, en raison du symptôme primordial qui frappa les premiers observateurs, elle reçut bientôt une acception plus large; son extension épidémique la fit qualifier d'encéphalite épidémique. On mit d'abord en évidence la triade symptomatique : léthargie, paralysies oculaires, hyperglycorachie, puis le tableau clinique se compléta avec les myoclonies, le parkinsonisme, la chorée, le hoquet épidémique, les troubles psychiques. Ces différentes manifestations lui furent successivement rattachées, tantôt surajoutées aux symptômes cardinaux, tantôt isolées, constituant alors autant de formes particulières de la maladie.

Les phénomènes psychiques furent étudiés à leur tour : pouvant devancer, accompagner ou suivre les

symptômes neurologiques, ils furent d'abord considérés comme des symptômes accessoires; ils se présentent toutefois dans certains cas avec une telle prépondérance qu'ils constituent à eux seuls toute la maladie. Et c'est ainsi que certains états psychiques purs dont l'étiologie était restée inconnue ou fort obscure peuvent être maintenant rapportés à leur véritable cause.

Actuellement, l'encéphalite épidémique peut, par quelques formes, être rangée parmi les maladies dites neuro-psychiatriques.

L'analyse des faits nous montre que, se traduisant habituellement par des symptômes neurologiques purs, elle est constituée cependant, dans un certain nombre de cas, par des symptômes neurologiques et psychiatriques associés et que, dans quelques-uns de ces cas, les symptômes neurologiques demeurent tellement fugaces et effacés que le malade se présente au clinicien comme un mental pur.

Chercher à découvrir derrière certains états psychiques une origine encéphalitique est actuellement la préoccupation de beaucoup de psychiatres. Les manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique revêtent en effet des aspects extrêmement polymorphes, comme en témoignent les observations rapportées par les auteurs.

De l'ensemble de ces observations, il se dégage deux ordres de faits :

1° Dans nombre de cas, on note, au cours d'une encéphalite épidémique, des manifestations psychiques

banales susceptibles d'apparaître à l'occasion de toute infection ou intoxication et qui revêtent le plus généralement la forme d'un syndrome confusionnel.

2° En outre, il existe tout un groupe d'observations où le syndrome psychique est mieux caractérisé; ce syndrome, décrit par plusieurs auteurs et auquel notre maître Pierre-Kahn a proposé de donner le nom de « psychose encéphalitique », se rapproche par plusieurs côtés du syndrome de la démence précoce.

Nous ne passerons pas en revue les innombrables travaux qui ont paru sur l'encéphalite épidémique; nous nous arrêterons aux cas qui nous ont paru significatifs pour notre étude.

Nous faisons de larges emprunts à MM. le Professeur Claude, les Docteurs Logre, Georges Petit, Briand et Rouquier, Bremer, Esbach et Matet, à MM. Truelle et Petit dans leur compte rendu du Congrès de Quimper (1922); enfin à notre maître, le Docteur Pierre-Kahn, dont les conseils nous ont été d'un précieux secours dans l'élaboration de ce travail; nous lui en adressons nos plus sincères remerciements. Enfin, nous tenons à remercier tout particulièrement notre maître et ami, M. le Docteur J. Lévy-Valensi, dont l'enseignement et les conseils n'ont jamais cessé d'exercer leur action bienfaisante sur l'orientation de nos études.

CHAPITRE I

Formes mentales de l'encéphalite épidémique

Les Manifestations psychiques banales d'ordre toxico-infectieux occupent le premier plan dans le tableau clinique.

1° *Formes délirantes aiguës.*

OBSERVATION I (MM. BRIAND. — *Résumée*).

M^{me} de X..., 48 ans, vient à Paris pour consulter un spécialiste.

Depuis une angine qualifiée grippale et remontant à quelques semaines, elle a un enrouement dont elle ne peut se débarrasser. En réalité, paralysie d'une corde vocale. Traitement électrique jugé nécessaire. Elle se sentait depuis quelques jours continuellement lasse et incapable de diriger comme autrefois son ménage.

Dans la nuit qui suivit sa première séance d'électricité, réveil brusque au cours d'un cauchemar qui continue à se dérouler devant le médecin. Il assiste à une scène d'onirisme au cours de laquelle les hallucinations visuelles faisaient apercevoir des personnages habillés de

noir qui se mêlaient à l'entourage, sans que la malade réveillée pût les distinguer les uns des autres

Une potion de chloral produit un sommeil de plusieurs heures.

Aucun incident ne troubla la journée du lendemain, mais la nuit suivante, les mêmes hallucinations se manifestent; la même potion de chloral ramène le sommeil. C'est à ce moment que je vis M^{me} de X...; ses traits étaient comme figés; sa voix était rauque, la parole saccadée et sans nuances. Les pupilles inégales et très dilatées réagissent à la lumière et à l'accommodation; les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

Rien de notable dans les antécédents personnels ni héréditaires.

M^{me} de X..., qui conserve le souvenir de ces terreurs nocturnes et en reconnaît l'inanité, n'arrive pas à expliquer comment elle peut être ainsi le jouet de ses sens. Dorénavant, elle se remontera et ne s'y abandonnera plus.

On note de la constipation opiniâtre. La température, à partir de ce jour jusqu'à la mort, oscillera entre 37°,7 le matin et 38°,2 le soir. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine; la réaction de B.-W. est négative. Dans la soirée et sous nos yeux, M^{me} de X... se montre tout à coup effrayée. Les hommes noirs sont revenus : « Voyez-les, ils viennent pour m'emporter. Ils me menacent de me torturer avec mon mari et mes enfants. Qu'on me tue ! mais qu'on laisse la vie aux miens. Sauvez-vous !... » Si on ne l'avait empêchée, elle se serait précipitée par la fenêtre.

La malade est transportée dans une villa aux environs de Paris; les mêmes frayeurs se renouvellent avec plus d'intensité dans la nuit malgré le bromure prescrit. M^{me} de X... pousse de telles vociférations au cours de ces raptus anxieux, que les voisins s'émeuvent, croyant à un

crime. Le jour de son installation à la campagne, je constate un strabisme divergent de l'œil gauche avec ptosis de la paupière et immobilité de la pupille. Le diagnostic d'encéphalite léthargique se confirmait. Bientôt apparaissaient des mouvements cloniques dans les deux épaules en même temps que les scènes de terreurs hallucinatoires se rapprochaient. Elles duraient de vingt minutes à une heure, avec un intervalle lucide de plus en plus court. Dans la période torpide, la respiration prend par moments le type de Cheyne-Stokes, lorsque M^{me} de X... sommeille. Si on la sort de sa torpeur, elle se montre très présente, raconte le scénario de son thème délirant; toujours le même : les hommes noirs vont torturer sa famille, après l'avoir torturée elle-même. Les mouvements de l'épaule, qu'elle ne peut réprimer, l'inquiètent. Le délire hallucinatoire ne cesse plus; l'anxiété est extrême, la malade a des réactions de défense de plus en plus violentes; elle frappe les infirmières qu'elle confond avec les hommes noirs, cherche à se suicider. La myoclonie des épaules diminue; mais les mains sont animées de mouvements athétoso-choréiformes pendant que la station debout devient très difficile. L'alimentation se fait mal par suite des troubles de déglutition; pas d'idée d'empoisonnement.

Le septième jour, la malade eut une syncope; les tractions rythmées de la langue; la respiration artificielle la ramènent à la vie. Aucune lésion cardiaque à l'auscultation. M^{me} de X..., très consciente de sa syncope, regretta qu'on l'eût rappelée à la vie : sa mort eût peut-être sauvé son mari et ses enfants que les hommes noirs veulent torturer. A partir de maintenant, le délire ne cesse plus; l'agitation anxieuse croît. Un nouvel arrêt du cœur détermina la mort malgré les tractions de la langue et la respiration artificielle.

L'activité du délire hallucinatoire et la violence des réactions de frayeur marquent les traits dominants de l'histoire de cette malade.

OBSERVATION II (M. BREMER).

Un homme de 34 ans entré le 1^{er} février à la Salpêtrière, présente le tableau clinique suivant : délire hallucinatoire avec agitation motrice et verbale extrême, insomnie, fièvre élevée (39°,5). Les antécédents bacillaires du malade, son amaigrissement rapide, la forte réaction lymphocitaire du liquide C. R. faisaient penser, malgré l'absence de symptômes méningés nets, à une bacillémie à évolution prolongée, lorsqu'on apprit par la famille que la maladie avait débuté brusquement par une diplopie dont il ne persistait d'ailleurs pas de trace.

La fièvre et le délire diminuèrent très lentement. Des algies tenaces localisées aux membres inférieurs persistèrent.

Un mois et demi après l'entrée du malade apparurent brusquement des secousses myocloniques de grande amplitude intéressant l'abdomen et le membre inférieur droit en même temps qu'une hyperesthésie extrême cutanée et profonde de la face externe de la jambe gauche et de la face dorsale du pied.

Ces secousses persistent actuellement avec la même intensité et la même topographie; malgré l'apyrexie et le retour du liquide C. R. à la normale. Les algies et l'hyperesthésie douloureuse sont toujours aussi intenses et ont la même localisation. Il existe de l'asthénopie accommodative et une névrite optique légère. Par contre, aucune séquelle psychique.

OBSERVATION III (M. BREMER).

Chez une femme de 47 ans, employée des Postes, sur-

menée, la maladie débuta brusquement par des hallucinations terrifiantes, de l'absurdité desquelles il était possible de la convaincre et dont elle a conservé un souvenir curieusement précis. Au bout de quelques jours, ce délire de rêve devint continu, délire professionnel surtout, très animé et assez cohérent : la malade, par exemple, revenait de son travail, s'arrêtait chez ses fournisseurs, faisait à voix haute des questions et les réponses, voulait sortir de son lit et battait sa fille qui l'en empêchait. Fièvre élevée; langue rôtie; odeur acétonique de l'haleine et acétonémie; lymphocytose méningée discrète. Vers le dixième jour, apparition de diplopie et secousses myocloniques dans la moitié gauche de l'abdomen. Fièvre et délire décrivirent lentement.

La malade, actuellement guérie, et psychiquement tout à fait normale, conserve cette myoclonie abdominale trois mois après le début de la maladie.

OBSERVATION IV (BREMER)

Psychose agitée assez analogue au *délirium tremens* fébrile. Une ophtalmoplégie du droit externe marqua la convalescence de cet état psychopathique très grave qui faillit emporter le malade. Le cas avait été remarquable par la prolongation des symptômes psychiques prodromiques d'excitation, légèrement confuse par intervalles, avec fugue à Paris (prodromes d'une quarantaine de jours; évolution fébrile d'une quinzaine de jours).

Dans tous ces cas, le délire hallucinatoire, l'anxiété, symptômes classiques de toxémie, occupent le premier plan. A noter, en outre, l'opposition entre les états délirants et les périodes lucides se succédant sans transition, l'appréciation exacte par les malades, à certains moments, de leur état morbide.

2° *Formes confusionnelles.*

OBSERVATION V (BREMER).

Un homme de 26 ans est entré à la Salpêtrière le 19 mars 1920 en état de stupeur confusionnelle. Passé pathologique chargé : dernier-né et seul survivant d'une famille de 8 enfants ; a eu en 1912 de l'insomnie tenace et des idées noires ; a été commotionné en 1915 par l'éclatement d'une bombe. Fugue confusionnelle en 1916 (émotion provoquée par raid d'avions). Depuis plusieurs semaines, il se plaignait d'insomnie et de diplopie. Le 14 mars, il s'est perdu dans Paris, a été ramené chez lui par la police, n'a pas reconnu sa mère. Aspect à la fois hébété et sombre, tête baissée. Ne répond aux questions plusieurs fois répétées qu'après un très long retard. Il existe de la diplopie et des secousses myocloniques nettes localisées à la nuque et à la moitié gauche du corps qui rendent presque certain le diagnostic d'encéphalite. Deux mois plus tard, il ne subsistait plus qu'une certaine lenteur dans les réponses et une déséquilibration complète de la motricité oculaire extrinsèque (mouvements saccadés) et intrinsèque (diplopie paradoxale, instabilité accommodatrice).

Nous pourrions aussi rapporter l'observation de Dupouy dont la malade fut atteinte d' « un accès de confusion mentale hallucinatoire franche, avec syndrome choréique » qui répondait à une encéphalite épidémique.

3° *Formes mixtes.*

OBSERVATION VI

(MM. ESBACH et P. MATET. — *Résumée*).

B..., 34 ans, homme vigoureux de bonne santé habituelle, est pris le 4 mars au matin d'une « crise de folie ». Agitation violente, désorientation, hallucinations de la vue à caractère terrifiant ; accuse des douleurs aiguës dans la tête, dit que ce sont ses chevaux qui le mordent et crie. Le délire se maintient toute la journée ; l'agitation augmente sous l'influence des hallucinations, le malade cherche à sortir du lit et deux hommes sont nécessaires pour l'y maintenir.

Le lendemain, le délire a augmenté d'intensité mais a changé de forme ; c'est de l'excitation maniaque continue sans confusion des personnes ni des idées.

De plus, le malade voit tout en double. Il présente un léger et fugace strabisme externe de l'œil droit, de l'inégalité pupillaire avec mydriase à droite, des réflexes pupillaires paresseux. Les réflexes patellaires et achilléens sont exagérés surtout à gauche. Soubresauts musculaires, tremblement léger de tout le corps. Hyperesthésie de la moitié gauche de la tête. Pas de raideur de la nuque ni du tronc. Langue blanche. Température 37°. Pouls 80.

L'interrogatoire signale que B... se plaignait depuis une huitaine de jours de névralgies dans la tête...

Le début par des algies violentes, la diplopie précoce et la mydriase, l'absence de tout signe méningitique, l'état apyrétique, nous font reconnaître derrière le délire, l'agitation et la confusion mentale, une encéphalite à sa phase initiale. Le liquide C. R. coule goutte à goutte, est clair, contient 0 gr. 40 d'albumine par litre et 30 lymphocytes

par mm³. Le 6 mars, la fièvre apparaît et atteint 39°. Les douleurs sont vives sur les épaules, dans le cou du côté gauche dont la peau est hyperesthésiée. Le tronc, les cuisses sont animées de spasmes.

Jusqu'au 7 mars, le délire persiste avec hallucinations visuelles et fausses interprétations. Le 8 mars, détente ; température 38° ; agitation presque calmée. Hyperesthésie du côté droit de la nuque avec élancements douloureux. Ptosis intermittent de la paupière droite. Le 9 mars, la diplopie a disparu ; la mydriase droite persiste ; les pupilles n'accommodent plus à la distance. Sur le corps, vaso-dilatation très marquée avec raie blanche des plus nettes. Le 11 mars, sommeil invincible contrastant avec l'agitation du début.

B..., qui a retrouvé le calme, cause ; il conserve du délire onirique et de la confusion mentale ; s'endort en causant. A la langue, tremblements fibrillaires et secousses musculaires des membres.

Le 22 mars, la température tombe définitivement à la normale. Pour la première fois, un quart d'heure de lucidité complète ; il raconte l'histoire de sa maladie ; il retombe bientôt dans un sommeil profond ou un demi-sommeil avec hallucinations, carphologie, parole bredouillante ; le ptosis diminue. Le 3 avril, les périodes d'éveil et de lucidité sont de plus en plus longues ; il continue à avoir des hallucinations ; la diplopie revient passagèrement ; il n'accommode toujours pas à la distance ; persistance de la mydriase droite ; quelques secousses nystagmiques latérales. La langue tremble ; réflexe rotulien gauche un peu exagéré. Disparition des troubles vaso-moteurs.

Le 6 avril, plus de somnolence ni de délire, mais dépression psychique, tristesse profonde. Le 30 avril, démarche incertaine et spasmodique, fatigue rapide ; seule, la tristesse persiste ; le facies revêt le masque par-

kinsonien. 21 mai : l'amélioration s'accroît ; plus de troubles pupillaires. Subsistent des troubles dans la démarche, un faciès figé, un fonds mental triste. 22 juin : après un mois de campagne, le visage est plus libre, mais lèvres encore pincées, démarche raide, fatigue rapide des yeux à la lecture. Irritabilité et mouvements d'humeur, tendance aux idées tristes et à la misanthropie contrastant avec la jovialité de l'état antérieur.

Dans cette observation, l'accès de délire aigu, de confusion mentale hallucinatoire a marqué le début de la maladie qui s'est confirmée ultérieurement par des signes neurologiques et l'hypersomnie; ce fut le premier épisode d'une encéphalite épidémique; les troubles psychiques passèrent ensuite au deuxième plan.

Nous pouvons remarquer avec Hesnard que le sommeil de l'encéphalite marque un fonctionnement défectueux du psychisme; « derrière cette narcose se dissimule une tendance à la désorientation, une difficulté d'appréciation de la réalité, l'existence de rêvasseries plus ou moins délirantes. On se trouve en présence d'un véritable « état crépusculaire » analogue à certains syndromes ébrieux ou hypoconfusionnels... que l'on a décrits chez les épuisés, les intoxiqués, les infectés ».

Gordon parle d'un « état confusionnel et délire intermittent, asthénie allant jusqu'à la torpeur »; Wilson d'un malade atteint d'onirisme persistant avec désorientation.

L'onirisme peut en effet jouer un rôle prépondérant, comme dans le cas de Briand et Rouquier :

OBSERVATION VII (BRIAND et ROUQUIER. — *Résumée*).

« ...Un militaire se lève au milieu de la nuit, erre dans le Val-de-Grâce, revêt des vêtements d'infirmière accrochés à un porte-manteau et se promène dans les jardins... Le malade ne se souvenait le lendemain que très vaguement de son rêve... » Quelques jours après, il succombait à l'encéphalite épidémique.

Après l'observation de ce malade, M. Rouquier pouvait dire à la même séance de la Société de Psychiatrie :

« Les malades, tantôt anxieux et demi-conscients, tantôt confus, inconscients et très agités, avec des intervalles de torpeur intellectuelle, étaient à certains moments si violents qu'ils constituaient, par leurs réactions de défense, un danger pour l'entourage. Ils ressemblaient, par leurs hallucinations zoopsiques et leur onirisme ambulatoire, aux alcooliques suraigus, pendant que la brutalité de leurs impulsions rappelait l'état confusionnel post-comitial des épileptiques ou du délire rabique et que la suractivité de leur délire faisait penser au tableau offert par certains délires aigus... »

Si l'on retient les caractères essentiels qui se dégagent de ces observations, on constate que les troubles psychiques signalés ne se différencient guère de ceux qui se rencontrent au cours de toute infection ou intoxication : la confusion mentale (désorienta-

tion, obtusion, obnubilation) avec anxiété et réactions de défense; l'agitation, le délire hallucinatoire et onirique, ce sont là les manifestations les plus habituelles des psychoses toxi-infectieuses.

Formes banales de ces psychoses à étiologie complexe et non spécifique, elles ne reçoivent aucun cachet spécial imputable au virus encéphalitique.

CHAPITRE II

Les Troubles psychiques spéciaux dans l'encéphalite épidémique

Les manifestations d'ordre toxi-infectieux que nous venons d'étudier et dont les caractères plus ou moins affirmés manquent rarement, ne sont pas les seules à apparaître au cours de l'encéphalite épidémique. Elles s'accompagnent d'autres symptômes que l'intensité des premiers masque parfois. Si nous étudions les descriptions cliniques en faisant abstraction de ces manifestations banales, nous arrivons à trouver un certain nombre de caractères qui donnent aux formes mentales de l'encéphalite une physionomie bien spéciale. Ce sont ces caractères que nous voulons déterminer afin de constituer le syndrome décrit par un certain nombre d'auteurs et appelé par Pierre-Kahn « syndrome de psychose encéphalitique » ou syndrome psychopathique se rapportant à l'encéphalite épidémique.

L'analyse critique des différents troubles rapportés

dans les observations que nous publions permet d'expliquer notre manière de voir.

OBSERVATION VIII (Pierre-КАНН).

B..., Germain, 16 ans, télégraphiste. Antécédents héréditaires : une grand'mère paternelle nerveuse. Père et mère bien portants; trois enfants bien portants. Antéc. pers. : rougeole, coqueluche dans l'enfance. Céphalées fréquentes et coryza fréquent depuis l'âge de 14 ans. Caractère : timide, réservé, susceptible; très intelligent, très doué pour le dessin.

En juillet 1921, début brusque de la maladie; en rentrant de son travail, il sent des douleurs violentes dans les quatre membres qui, le lendemain, se localisent aux articulations. Cela dure une quinzaine de jours. Il peut reprendre son travail au début d'août et le continue jusqu'au 1^{er} décembre. Ce jour-là, légère syncope dans l'après-midi. Rentre immédiatement chez lui; pas de fièvre. Le lendemain, idées délirantes polymorphes; il croit que sa mère est malade et il veut la soigner. La mère étant à ce moment-là obligée de sortir, il s'habille et se rend au commissariat où il dépose une plainte en accusant son père d'avoir voulu empoisonner sa mère et lui-même. Le commissaire envoie chercher le père et devant celui-ci le malade continue à préciser ses accusations. Revenu chez lui et couché, il se montre anxieux; il a des illusions, prenant des bruits divers pour des voix menaçantes. Peut-être a-t-il eu des hallucinations: les renseignements n'ont pas permis de le préciser. Il refuse de se nourrir, prétendant les aliments empoisonnés. Il fait des gestes bizarres « comme s'il montait à bicyclette ». Le médecin appelé fait le diagnostic d'encéphalite. A Cochin, dans le service du P^r Widal, le diagnostic

est confirmé. Il y reste deux mois; mutisme et refus de se lever. Amaigrissement progressif. Pas de somnolence ni de myoclonie, ni d'élévation de température. La nuit, il se levait souvent de son lit; son regard était fixe; il gâtait par intervalles. Vers le commencement de février, ses parents le font sortir de l'hôpital. Le soir, il mange avec eux et cause très normalement, mais dès le lendemain, nouveau refus d'aliments. Par moments, il parle; à d'autres, mutisme absolu. Il reste *cependant affectueux*. Bientôt, il devient soupçonneux, renifle les aliments après en avoir surveillé la préparation et les refuse. Ses parents le ramènent à la Pitié où il est reçu au service 4 qui le passe par la suite au pavillon Ch. Quentin.

Pendant son séjour au service 4, il a présenté, en dehors des symptômes déjà décrits, du nystagmus et des troubles parétiques des muscles externes de l'œil, mais d'un caractère transitoire. Il entre à Quentin le 2 avril.

Maigreux extrême du corps; facies moins maigre que le corps; joues rosées, cheveux abondants, paupières ombrées de cils très longs, facies de bacillaire. Le regard est fixe, mais change de caractère quand on lui parle. Cette transformation en « absence » est lente mais elle est nettement perceptible. Quand on lui parle, il semble faire un effort pour comprendre et, au bout d'un long instant, répond à voix basse et par monosyllabes; mais la conversation semble lui être désagréable. Quand on veut l'obliger à faire une chose qui lui déplaît, il se met à parler avec vivacité et colère.

Tout ceci varie d'un jour à l'autre. Parfois il parle spontanément, dessine et montre ses dessins; d'autres fois, c'est un négativisme absolu. Il est orienté dans le temps et dans l'espace. La mémoire d'évocation semble être ralentie; mais, avec de la patience, on parvient à lui faire évoquer des souvenirs exacts. Parfois son attention

est difficile à fixer; d'autres fois, il lit et paraît s'intéresser au contenu du journal.

On observe les mêmes variations journalières dans son affectivité... Son intelligence paraît non pas entamée, mais ralentie; on remarque une sorte de torpeur qui donne à son regard une fixité de chose « figée ».

C'est aussi par intervalles qu'apparaissent les idées délirantes... S'il est en apparence normal un jour, le lendemain, il manifeste des idées délirantes. De même, c'est à intervalles qu'il gâte, tandis qu'à d'autres il demande régulièrement le bassin.

Examen physique : température 36°,5-37°. Pouls régulier, petit, bat à 60. Ni toux, ni expectoration; respiration rude des deux côtés; résistance aux doigts à la percussion aux deux sommets; auscultation difficile, le malade respirant mal.

Ainsi, dans cette observation, le malade, atteint d'encéphalite épidémique dont certains signes fugaces mais nets (nyctagmus, troubles parétiques des muscles de l'œil) apportèrent la signature, nous présente une psychopathie à allures particulières : la variabilité des états de conscience, les alternatives de délire et de retour à l'état normal, la lenteur de la mémoire d'évocation, la fixité du regard se transformant lentement de l'état de « présence » en l'état d' « absence », en constituent les traits dominants et méritent de retenir notre attention.

OBSERVATION IX (LOGRE).

Homme de 29 ans qui vient consulter avec sa femme, au début du mois d'avril, à la suite d'un épisode psycho-

pathique, interprété par son médecin comme un accès d'alcoolisme subaigu : délire de rêve brusquement apparu la nuit, visions terrifiantes d'ennemis qui le poursuivaient, zoopsies, tentatives de fugue, torpeur confusionnelle dans la journée. Ce syndrome, au bout de quatre à cinq jours, s'étant amélioré, un déplacement devint possible; et nous nous sommes trouvé en présence d'un malade dont l'histoire clinique offrait ces deux particularités paradoxales : 1° son état onirique et confusionnel des jours précédents ressemblait, sans doute, de tous points, à un accès d'alcoolisme subaigu; mais, au dire de sa femme, cet ouvrier couvreur était très sobre, buvant à peine un demi litre de vin par jour, car il vivait de régime en raison d'un état dyspeptique ancien. Aussi la femme et le mari s'inscrivaient-ils en faux avec énergie, contre le diagnostic d'alcoolisme. 2° La présentation actuelle comptait plusieurs symptômes dont l'ensemble évoquait immédiatement le diagnostic éventuel de syndrome hébéphrénocatatonique : attitudes figées, catalepsie, spontanée et provoquée, intense et durable, mélange de docilité et d'opposition; refus intermittent d'aliments; le malade n'avait pas voulu d'abord se rendre à la consultation médicale sans formuler cependant d'objection; puis, au dernier moment, il avait suivi sa femme, machinalement. De même, à la fin de la consultation, il ne voulut pas d'abord quitter son siège, puis s'étant levé pour qu'on examine ses yeux, il sortit avec sa femme sans la moindre opposition. Il répondait peu et mal aux questions, s'arrêtant parfois au milieu d'une phrase, en répétant à plusieurs reprises, des mots stéréotypés, par exemple : « Ce n'est pas drôle », ou bien : « C'est très drôle ! » Il n'y avait ni fièvre ni troubles oculaires nets (sa femme disait cependant qu'il y voyait mal), ni de somnolence dépassant le degré de torpeur légitime après un épisode confusionnel. Nous avons réservé notre

diagnostic et demandé à revoir le malade. Il revint quinze jours plus tard, mais cette fois, malgré la persistance du syndrome initial, pseudo-hébéphrénique, le diagnostic d'encéphalite léthargique s'imposait ; le malade ne pouvait s'empêcher de dormir une grande partie de la journée; d'autre part, il voyait double dans certaines positions obliques du regard et se plaignait d'avoir les paupières lourdes et un peu tombantes. Enfin nous avons pu constater des myoclonies disséminées, notamment sur les grands droits de l'abdomen et sur le biceps droit. A signaler encore quelques mouvements involontaires du visage ressemblant à des tics, en particulier une déviation de la bouche par saccades assez fréquentes, au niveau de la commissure droite. Le malade, quoique plus endormi, s'expliquait mieux. Il n'avait plus guère d'opposition, ne se refusant à aucun acte systématiquement; mais on avait l'impression que toute activité, toute initiative qui entravait sa somnolence lui était parfaitement désagréable. Il répondait de préférence par monosyllabes.

Il présentait encore de la catalepsie, mais à un moindre degré et n'avait plus de fous rires. Le diagnostic paraissait donc évident : encéphalite léthargique avec troubles psychiques pseudo-hébéphréniques, en voie de décroissance. Un mois plus tard, nous apprenions que le malade, considéré comme guéri par son entourage, se disposait à reprendre son métier.

Le premier épisode psychique à forme confusionnelle rappelle de tous points les manifestations toxiques; il rentre dans la catégorie des faits étudiés précédemment; il fut prémonitoire. Le deuxième épisode, au contraire, présente un tableau clinique spécial : il simule à s'y méprendre le syndrome

hébéphrénocatatonique : attitudes figées, catalepsie spontanée et provoquée, mélange de docilité et d'opposition, mots stéréotypés. Cependant, aucun trouble de l'affectivité n'est signalé dans cette observation. Le diagnostic de « forme psychique de l'encéphalite épidémique », devenu indubitable en raison de l'apparition ultérieure de signes neurologiques, était, dès le début, fort malaisé à porter à l'exclusion du syndrome hébéphrénocatatonique. L'évolution favorable fournit un nouvel élément différentiel.

OBSERVATION X (LOGRE).

Jeune homme de 18 ans, conduit à Cochin vers le 1^{er} janvier 1920 parce que depuis près d'une semaine il était somnolent.

Vers Noël, il avait commencé à voir difficilement et ne pouvait qu'avec peine soulever ses paupières. Dans les premiers jours de janvier, sommeil complet. Une semaine plus tard, réveil relatif, avec phase d'excitation, loquacité, gesticulation désordonnée, gâtisme urinaire et fécal.

Vers le 20 janvier, un nouveau syndrome se développa ; le chef de clinique pense à la possibilité d'une démence précoce ou « folie discordante ». Nous fûmes appelé à examiner le malade au cours de cette période caractérisée en effet par l'apparition très nette d'un syndrome d'allure hébéphrénocatatonique : 1° catalepsie intense ; facies figé, persévération durable des attitudes, spontanées et provoquées. Sommeil prolongé, sans reposer la tête sur l'oreiller. Le malade perdait ses matières dans son lit et, après l'avoir souillé, faisait l'arc sur les épaules et les talons, indéfiniment. 2° Opposition : résistance aux médecins qui l'observent et aux infirmiers. Il

ferme obstinément les yeux, à tel point qu'il fut impossible, à cette période, de pratiquer l'examen ophtalmologique. Pendant l'interrogatoire, lenteur et quelquefois arrêt de la parole. Par instant le malade chuchote des mots incompréhensibles ou reste inerte. Perdant ses urines et ses matières dans son lit, il refuse invariablement d'uriner ou d'aller à la selle dans un bassin; parfois il se lève brusquement et défèque au milieu de la chambre. Il ne veut pas manger aux heures régulières et se nourrit avec gloutonnerie, selon son caprice, à d'autres moments. 3° Stéréotypies : quelques grimaces, en particulier, froncement des lèvres et moues, assez caractéristiques.

Fond mental de torpeur et d'indifférence avec phases d'anxiété, préoccupations hypocondriaques au sujet de sa maladie. Brusques réactions motrices absurdes et violentes : coups de poings à ses voisins de chambre, morsures, menaces d'étranglement, mémoire incertaine, lucidité incomplète. Syndrome physique : quelques troubles oculaires, dissociés et variables : mydriase d'abord nette de l'œil gauche, puis mydriase également nette à droite; trépidation épileptoïde intense des deux côtés, sans clonus de la rotule, ni Babinski; exagération des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Ponction lombaire : 4 lymphocytes par champ (Nagcotte), albumine 0 gr. 25 (Sicard); présence de sucre. B.-W. du liquide C. R. et du sang négatif.

Au milieu de février, grande amélioration. Les signes neurologiques disparaissent, sauf la trépidation épileptoïde à droite, avec achilléen fort du même côté. L'état mental est redevenu sensiblement normal; le malade s'est senti transformé tout à coup et il a, dit-il, passé la nuit à reprendre possession de son cerveau et à remettre en ordre ses idées. Il parle avec aisance et lucidité. Il lui semble seulement encore qu'il ne trouve jamais « la

bonne position pour ses membres ». Le 22 février 1920, il sort. Considéré comme guéri.

Ici, même syndrome que dans l'hébéphrénocatatonie, y compris l'indifférence et les impulsions. L'hypersomnie, l'apparition de signes neurologiques d'encéphalite et l'évolution font seules la distinction. A noter, tout au début, une phase d'excitation.

OBSERVATION XI (Professeur CLAUDE).

Marcel Ch..., 18 ans, employé de bureau, entre à l'hôpital le 14 janvier 1920. Antéc. collatéraux : fait partie d'une famille de cinq enfants; pas d'hérédité nerveuse ou mentale chez le père et la mère ou les ascendants; frère mort à 21 ans, après accidents délirants, de tuberculose pulmonaire. Un autre frère..., atteint d'une crise d'excitation à caractère hypomaniaque avec fièvre, présente une agitation si prononcée qu'il fut conduit à Sainte-Anne puis à Bicêtre, où il fut interné avec le diagnostic de démence précoce. Il en sortit guéri. Antéc. personnels : notre malade était d'une bonne santé et n'a pas fait de maladie grave. Intelligent, il a été à l'école jusqu'à 13 ans; bonne instruction primaire. Il s'acquittait bien de ses fonctions d'employé de bureau. Pas de surmenage intellectuel, mais il a pu se fatiguer à des exercices sportifs. Au début de novembre 19, au moment où son frère commençait à être mal portant, il éprouve de la céphalée, des étourdissements, de la fatigue, des battements de cœur; il dut cesser son travail. Le 25 décembre, il eut des vomissements, du hoquet, de la somnolence et une torpeur cérébrale d'où on le sortait difficilement.

Cet état se prolongea quelques jours; la température resta élevée aux environs de 40°; enfin les phénomènes généraux s'atténuèrent; il put se lever et même sortir un peu. Mais, dans la nuit du 5 janvier 1921, il fut repris de vomissements et eut des hallucinations visuelles. Le lendemain, il était pris de délire et d'agitation choréique; il fut amené à l'hôpital le 12 janvier. Nous constatons une agitation générale avec délire, des secousses myocloniques et des mouvements choréiques de la face et des membres, un léger degré de ptosis de la paupière droite; la pupille est plus large de ce côté, les réflexes pupillaires sont normaux. Pas de paralysie; pas de signe de Kernig; les réflexes tendineux sont vifs. Le pouls est régulier; la ponction lombaire donne une forte albuminose avec légère lymphocytose. Pas de bacilles de Koch. L'agitation générale tombe assez vite; les mouvements choréiques persistent et peu à peu s'installe un état de torpeur et d'hébétude avec somnolence. Cette torpeur progresse ainsi que l'indifférence qui devient complète. Le malade conserve un mutisme absolu; on note de la catalepsie; les secousses myocloniques persistent encore dans les muscles de la moitié droite de la face et dans ceux de la main droite. On note des mouvements rythmiques des doigts. Gâtisme. A la fin de janvier, le syndrome catatonique est réalisé par : l'indifférence, la torpeur, le mutisme, la résistance aux sollicitations de toutes sortes, la difficulté de l'alimentation, la catalepsie, la répétition stéréotypée de certaines phrases, par exemple : « Il n'y a pas moyen, tout ou rien ».

Le syndrome encéphalitique est encore révélé par la somnolence, les secousses myocloniques rythmiques. Le ptosis et l'inégalité pupillaire ont disparu.

Une nouvelle ponction lombaire n'a plus donné que de rares lymphocytes, l'albumine a diminué (0 gr. 60), mais le sucre est assez abondant. Le pouls reste encore entre

80 et 100. La fièvre est tombée. Le malade a été traité dès le début par l'abcès de fixation, l'urotropine et les ponctions lombaires. Dans le courant de février, la situation reste la même. Certains jours, le malade paraît plus éveillé et répond à quelques questions. D'autres fois, l'état catatonique est au contraire plus marqué. Parfois, le malade se lève, surtout la nuit, erre dans la salle et prononce quelques paroles incohérentes.

C'est seulement vers le milieu de mars que l'amélioration se prononce nettement. Les attitudes cataleptiques ont disparu ainsi que les phrases stéréotypées; l'indifférence est moindre; il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui; il n'oppose plus de résistance quand on le veut faire asseoir, lever, manger; le gâtisme a disparu. Le malade peut quitter l'hôpital à la fin du mois. Il est revu le 14 avril; ses parents disent qu'il est toujours craintif, émotif, taciturne, puéril dans ses réflexions. Il ne s'occupe à rien; il a peur la nuit; il manifeste alors quelques idées délirantes.

A l'examen, il paraît plus éveillé qu'autrefois, répond bien aux questions. Il n'a gardé qu'un souvenir très vague des trois mois passés à l'hôpital.

En mai, l'état général est devenu très bon. L'activité est plus grande; il s'occupe à quelques besognes dans le ménage, se montre affectueux. Mais il est moins gai qu'autrefois. On ne décèle aucun trouble du jugement ou du raisonnement. On nous annonce que l'autre frère est sorti aussi de Bicêtre et paraît dans un état satisfaisant. Les deux malades partent à la campagne où ils s'occupent à des travaux des champs. En novembre 1920, ils nous sont amenés tous les deux : leur état général est excellent; au point de vue psychique, on ne décèle plus aucun trouble. Je les ai revus en octobre 1921; ils font tous deux leur service militaire et sont dans une excel-

lente condition. Les nouvelles que j'ai fait prendre récemment sont toujours aussi bonnes.

Le Professeur Claude, d'après cette observation, croit qu'on peut se rallier, en ce qui concerne l'interprétation des troubles mentaux, à l'étiquette de syndrome hétéphréno-catatonique sans préjuger de sa signification nosologique. Il insiste sur ce fait : 1° qu'après une période d'accidents aigus d'un mois de durée environ, le malade a présenté, pendant près de trois mois, un état de torpeur intellectuelle avec indifférence, stéréotypies, catalepsie; 2° que cet état fut « coupé de manifestations délirantes ou de retour passager à une appréciation assez nette des circonstances extérieures que l'observation résumée n'a pu mettre complètement en valeur et donnant une allure discordante au tableau clinique ». Quant à l'évolution, elle peut permettre de « fixer rétrospectivement l'origine de certains états psychopathiques qui en imposeraient pour une démence précoce ». Enfin, l'auteur nous fait remarquer qu'il a suivi l'évolution favorable de ce syndrome hétéphréno-catatonique par une observation de deux ans.

Torpeur intellectuelle avec indifférence, stéréotypies, catalepsie, allure discordante dans la succession des états de conscience, évolution très favorable, tels sont les caractères du syndrome observé par le Professeur Claude.

OBSERVATION XII (Georges PETIT. — *Résumée*).

Il s'agit d'une forme mentale et prolongée d'encéphalite épidémique évoluant chez un jeune homme taré au point de vue mental, pendant plus d'une année en trois périodes : première période (deux mois et demi), syndrome psycho-organique (algies, fièvre élevée, syndrome choréo-myoclonique, troubles oculaires, somnolence, confusion avec agitation, crises d'anxiété, excitation psycho-motrice et génitale, amnésie, etc...) ; deuxième période (huit mois et demi), syndrome psychopathique pur (obsessions, phobies, idées de suicide, préoccupations hypocondriaques, crises d'anxiété, variabilité de l'humeur, agitation motrice, etc.). Eclipse totale des troubles organiques ; troisième période (un mois et demi) terminée par la mort : reviviscence des troubles organiques (syndrome paréto-ataxique, troubles oculo-pupillaires, dysmétrie, myotonie, fièvre, etc...) avec symptômes psychiques graves (agitation motrice violente, agressivité, alternatives de lucidité et de confusion, etc...).

Cette observation montre la possibilité de la dissociation psycho-organique de l'encéphalite épidémique ; elle comporte en outre ce point très important, signalé par nombre d'auteurs, que le syndrome mental apparaît surtout chez des sujets tarés au point de vue psychique.

OBSERVATION XIII

(MM. Pierre KAHN et BENDA. — *Résumée*).

R..., Andrée, 37 ans. A. H. : rien à signaler ; pas d'anté-

cédents psychopathiques; mère morte âgée, père vivant, bien portant, un frère bien portant.

A. P. : aurait présenté du somnambulisme dans l'enfance. Une pneumonie il y a 12 ans. Humeur égale, enjouée. Intelligence normale. A eu son brevet d'études. Non mariée. Pas d'enfants.

Au milieu du mois de mai 1920, apparition brusque d'une céphalée qui, dans la nuit, augmente d'intensité. La malade s'agite, vient réveiller son père, demande qu'on allume la lampe et sans aucun à-propos, dit : « C'est le mois de Marie, il faut que j'aile sur la tombe de ma mère ». En même temps, elle s'accuse de ne pas être une bonne fille, d'avoir médit de ses amies, etc... C'était, dit son père, comme une sorte de confession. Le lendemain, la céphalée s'atténue et la malade recommence à travailler.

Mais, à partir de ce moment, la famille note une modification importante du caractère. La malade est triste, volontiers superstitieuse et craintive. Cet état dure une quinzaine de jours. Puis la malade paraît être redevenue normale. Pendant six mois, elle paraît guérie. Puis, de nouveau, son caractère se modifie. Elle paraît « gênée ». Elle néglige sa toilette. Ses propos paraissent bizarres. Cela procède par intermittences, mais elle n'est plus jamais comme elle était auparavant. Après des oscillations qui se suivent ainsi depuis novembre 1920 jusqu'en septembre 1921, la malade change à ce moment d'aspect et elle se présente alors nettement comme une léthargique.

Elle était partie en août à la campagne avec son père et son frère. Elle paraissait de bonne humeur et répondait normalement aux questions qu'on lui posait. Puis, peu à peu, elle devient silencieuse, somnolente. Quand on lui parle, elle paraît se réveiller pour bientôt reprendre

son aspect somnolent. Quelquefois, aux questions, elle sourit sans répondre.

Progressivement, cette tendance à la somnolence s'accroît. Les paupières sont continuellement fermées. Il ne s'agit pas (nous l'avons bien fait préciser) d'une occlusion volontaire, mais bien d'une fatigue des paupières qui retombaient dès que la malade semblait s'éveiller. Elle paraissait vraiment succomber au sommeil et inclinait sa tête de côté, comme si elle ne pouvait la soutenir. Quand son père l'interrogeait, il avait l'impression qu'elle aurait voulu répondre mais qu'elle ne pouvait pas. Le 20 septembre 1921, apparaissent des soubresauts convulsifs dans le thorax. Les bras auraient été entraînés d'une façon passive par des secousses mais sans avoir de secousses propres à eux. Ces secousses auraient duré trois jours, puis la malade aurait présenté une certaine rigidité, fermant ses paupières volontairement, ne proférant aucune parole, refusant les aliments, restant toujours dans une attitude semblable. Elle est amenée à la Pitié où elle est admise au service des malades agités et délirants (pavillon Ch. Quentin) où nous l'examinons.

Examen de la malade (5 novembre) : femme de constitution robuste; facies vultueux. Appareil pileux développé dans la région du menton et au-dessus de la lèvre supérieure. La malade a une attitude stéréotypée. Elle se tient assise, les jambes fléchies sur les cuisses, la tête en avant cachée dans ses mains, qui sont appliquées énergiquement sur la face. Parfois, elle pleure. Les paupières sont toujours closes. Elle s'oppose à tout mouvement qu'on veut lui faire faire. Elle refuse de donner son bras pour qu'on cherche le pouls. Si on veut soulever les paupières, et qu'on passe outre à sa contraction, on voit les globes oculaires en élévation. Cependant parfois, on peut

la faire persévérer dans un geste. La malade salive abondamment.

Le mutisme est absolu, même avec sa famille. La malade refuse les aliments présentés par l'infirmière, mais si on laisse ces aliments dans sa chambre, elle les prend elle-même; elle les prend quand son père les lui offre.

Les pleurs par intervalles, l'acceptation des aliments de la main de son père, montrent la conservation tout au moins partielle de l'affectivité. Cependant la malade gâte. Les réflexes pupillaires, tendineux et de défense sont normaux. On met en évidence, mais d'une façon intermittente, le phénomène de l'éventail, des deux côtés. Cœur, poumons normaux. Tachycardie (92) au moment de l'examen. Urines : ni sucre, ni albumine. Ponction lombaire : hypertension considérable. Deux tubes à expérience sont rapidement remplis. Pas d'albumine ni d'éléments figurés. Sucre 0 gr. 264 pour 100.

En résumé, cette malade, depuis avril 1920, a présenté, après une céphalée intense, une série de crises psychiques interrompues par des rémissions plus ou moins profondes. Ces crises ont revêtu successivement l'aspect confusionnel et mélancolique, l'aspect léthargique et l'aspect catatonique; actuellement, elle se présente avec son opposition, son mutisme, son négativisme, son attitude stéréotypée. La persévération dans les gestes provoqués n'a été que passagère et de nouveau a bientôt fait place à de l'opposition. Cette opposition semble parfois être vaincue mais pour aussitôt recommencer.

Dans l'histoire de cette malade, trois périodes distinctes : la première, constituée par une série de manifestations psychiques, la deuxième, à caractère nettement léthargique; la troisième, de nouveau psy-

chopathique, s'étant traduite par un syndrome catatonique.

M. Rogues de Fursac cite également le cas d'une malade « atteinte de syndrome confusionnel avec cortège de symptômes (négativisme épisodique, périodes de mutisme et de pseudo-torpeur, accès de pleurs et de rires sans motif, ne paraissant se rattacher à aucun délire ni à aucun trouble psycho-sensoriel, puérilité, propos incohérents) qui évoquaient immédiatement l'idée d'hébéphréno-catatonie. Ces troubles mentaux avaient été précédés d'un état fébrile léger et de courte durée. Une paralysie faciale droite apparut, qui dura environ 24 heures. Le diagnostic ne pouvait guère être douteux et le pronostic devenait infiniment moins grave ».

Nous rappellerons encore les deux observations rapportées par le Dr Pierre-Kahn; ces deux cas avaient débuté, l'un sous forme de syndrome léthargique, l'autre sous forme de syndrome myoclonique. Quelques mois après, l'un de ces malades présentait le tableau d'une psychose hallucinatoire, l'autre celui d'une démence paranoïde.

Si, après l'exposé de ces quelques observations, nous envisageons les conclusions du Congrès de Quimper de 1922, nous sommes frappés des difficultés qu'on rencontre actuellement à faire rentrer dans des cadres schématiques toutes les manifestations psychiques signalées dans l'encéphalite épidémique; faisant œuvre d'analyse plus que de synthèse, les rapporteurs du Congrès, MM. Truelle et Petit, ont dû mentionner des

faits extrêmement polymorphes qui constituent le principal obstacle à une classification rigoureuse. Le thème de notre thèse est cependant nettement indiqué dans leur rapport puisque, pour conclure, il leur « semble possible de distinguer dans le tableau mental des encéphalitiques trois catégories de faits :

1° Des troubles mentaux d'ordre confusionnel qui n'ont rien de caractéristique : on les observe dans toutes les toxi-infections à retentissement ou propagation cérébrale.

2° Des manifestations psychopathiques, fonction de la prédisposition individuelle et que la maladie encéphalitique n'a fait que réveiller.

3° Des états pseudo-démentiels à forme d'inhibition, de torpeur psychique, plus fréquents dans l'encéphalite épidémique que dans toute autre affection, états qui pourraient peut-être caractériser le plus légitimement le syndrome mental de l'encéphalite épidémique ». Dans la discussion, nous tenons à signaler la distinction de M. Courbon en troubles mentaux primitifs et troubles mentaux secondaires, ces derniers seraient « dûs à une lésion de l'organe régulateur de la motricité involontaire (mésocéphale, corps strié) ».

Quant à nous, désirant synthétiser un certain nombre de faits, nous avons dû, pour être démonstratif, choisir des éléments essentiels et significatifs; c'est ce que réalisent les observations que nous rapportons.

CHAPITRE III

La Psychose encéphalitique

Des observations que nous venons d'exposer, se dégagent quelques caractères particuliers à toutes ces psychoses; certains de leurs symptômes, leur évolution, l'aspect clinique sous lequel se présentent les malades, nous permettent d'envisager un syndrome dont l'origine commune est imputable au virus encéphalitique.

Elles apparaissent le plus souvent chez des sujets dont le passé personnel ou héréditaire est entaché de troubles névropathiques.

La psychose encéphalitique, par ses allures du début, rappelle de tous points la psychose toxi-infectieuse : céphalée, anxiété, onirisme, confusion, hallucinations terrifiantes, état fébrile. L'éclosion brusque de ces manifestations donne à leur signification une valeur particulière; c'est surtout la brusquerie du début qu'il faut s'attacher à déterminer. Bien souvent, le clinicien n'assiste pas à ces premières manifestations : leur apparition tout au début de la maladie;

leur expression atténuée; leur disparition rapide les font souvent rester dans l'ombre. D'un interrogatoire minutieux et d'une recherche très attentive dans les anamnétiques dépendra le résultat de l'enquête qui, s'il est positif, prendra une grande importance diagnostique. Cette enquête doit porter sur une période antécédente d'au moins dix-huit mois (Prof^r Claude).

A sa période d'état, la psychose encéphalitique se révèle le plus généralement sous une forme qui rappelle la démence précoce hébéphrénocatatonique : stéréotypies, impulsions stupides et violentes, catatonie, faciès hébété, négativisme, quelquefois même la démence paranoïde (Pierre-Kahn) : hallucinations et interprétations.

Ce qui caractérise le syndrome, c'est la mutabilité des symptômes, leur instabilité, la variabilité extrême de leur intensité, leur dormant, suivant les jours et les heures, une étonnante pluralité d'aspects.

Malgré ce polymorphisme apparent, il subsiste dans « ce régime mental, sans cesse en état de transformation, un leit-motiv, une note continue (phrase, geste, réaction, attitude) incessamment répétée de la même manière, stéréotypée, obsédante et monotone, pendant des semaines, pendant des mois, pendant des années » (G. Petit).

A certains instants, la conscience devient capable d'apprécier à sa juste valeur le caractère pathologique de l'état mental; une conservation remarquable de l'affectivité se révèle par instants; à d'autres moments peuvent apparaître des idées délirantes par éclipses, un négativisme épisodique, des impulsions et des co-

lères sans motif, du mutisme, de la puérilité. Ce syndrome dans ses formes typiques rappelle tellement l'hystérie qu'on ne peut s'empêcher d'y songer.

A côté de cette discordance et de cette bizarrerie dans la succession des états psychiques subsiste un fonds mental uniforme; une stupeur plus ou moins marquée; de la lenteur; de la « viscosité de l'activité volontaire » (Hesnard), ce que l'on pourrait appeler une sorte de parkinsonisme psychique.

Le faciès est impassible, son expression ralentie; le regard est étonné (Achard), passant parfois très lentement de l'« état de présence » à l'« état d'absence » (Pierre-Kahn); l'œil est vague, atone, mais il reste intelligent, il n'exprime pas l'hébétude.

Ces malades ne sauraient être appelés des confus; ils reconnaissent le milieu, les personnes qui les entourent; ils sont orientés dans l'espace et le temps. La paresse et la lenteur à l'effort masquent une activité psychique relativement bien conservée.

Sous une forme atténuée, ces troubles mentaux peuvent apparaître dans la convalescence d'une encéphalite avec hypersomnie : « le sujet conserve longtemps un engourdissement cérébral, un ralentissement dans les processus d'idéation, une fatigabilité dans la capacité d'attention et une paresse dans l'expression des sentiments qui est vraiment caractéristique », dit le Professeur Claude, et encore : « Il s'agit, indépendamment de tout trouble de l'intelligence et de la mémoire, d'une asthénie psychique qui s'oppose à un travail intellectuel continu, de modifications de l'acti-

vité, de l'humeur et du caractère. La rédaction d'une lettre, la conversation un peu prolongée, une promenade en voiture sont une cause de fatigue, de dépression. On note des modifications dans l'expression de la physionomie, une déformation de l'écriture et parfois une légère dysarthrie. Ces troubles sont encore plus marqués chez les malades qui présentent à un degré plus ou moins marqué les attributs du syndrome parkinsonien ».

L'évolution de ces troubles est en général favorable; les symptômes s'atténuent d'abord puis disparaissent peu à peu sans suivre un ordre déterminé de décroissance ou de disparition. La guérison est la règle. L'expérience est insuffisamment prolongée pour qu'on puisse affirmer qu'elle soit définitive. Le Professeur Claude a pu suivre un cas de guérison sans séquelle psychique par une observation de dix-huit mois.

En résumé, un syndrome du type de la démence précoce précédé d'un épisode confusionnel brusquement éclos chez un sujet taré au point de vue névropathique; un polymorphisme du tableau clinique; une dissonance entre les états psychiques, un faciès figé sans hébétude, une évolution favorable, tels sont les caractères de la psychose encéphalitique. Cette symptomatologie typique est parfois masquée par des phénomènes bruyants étudiés précédemment, qui peuvent dénaturer leur physionomie et égarer le diagnostic. Lorsque ce syndrome survient, concomitant ou alterne avec des signes neurologiques incontestables d'encéphalite épidémique, son diagnostic étiologique est aisé, même

rétrospectivement s'ils lui succèdent. Il n'en est plus de même lorsqu'il apparaît isolé ou presque seul. Dans ce cas, c'est-à-dire au point de vue psychique pur, il se rapproche par bien des points de la démence précoce d'une part, de l'hystérie d'autre part; sa symptomatologie emprunte à ces deux grands groupes sémiologiques une partie de ses caractères.

Si la catatonie, le négativisme, les stéréotypies, la stupeur, l'impulsivité se rencontrent comme dans la démence précoce, au point d'avoir fait qualifier ces formes de pseudo-démence précoce, l'instabilité et la variabilité des symptômes, les idées délirantes par éclipses, la conservation remarquable de l'affectivité par instants et même sa non-disparition dans certains cas, en sont les signes différentiels. Enfin l'évolution, favorable dans un cas, très sombre au point de vue psychique dans l'autre cas, différencie nettement les deux affections. On est même en droit de se demander actuellement si, parmi les cas de démence précoce rapportés par les auteurs, ceux qui ont guéri n'étaient pas des formes mentales hébéphréno-catatoniques de l'encéphalite épidémique. Les rapports sémiologiques unissant les deux affections sont en effet parfois très étroits, et Laignel-Lavastine et Logre concluent qu'il est « très difficile d'asseoir un diagnostic d'encéphalite léthargique, d'après les signes mentaux, lorsque cette affection survient chez un hébéphrénique avéré ». Nous venons de voir cependant que les deux syndromes, tout en se rapprochant par bien des points ne s'identifient point.

La psychose encéphalitique a souvent fait penser à l'hystérie, en raison de la variabilité des symptômes. Nous savons en effet que, dans cette affection, il survient des périodes de lucidité complète alternant avec des crises de délire. L'étrangeté et la bizarrerie qui président à la succession de ces périodes ne tardent pas à infirmer l'hypothèse de la simulation, avant même qu'une phase caractéristique n'éloigne l'idée de pithiatisme. Dans les formes atténuées, chez ces sujets débiles au point de vue intellectuel, le clinicien peut cependant rester hésitant pour faire la part de ce qui revient au psychisme du sujet.

Lorsque les malades se présentent sous l'apparence de cyclothymiques ou de déprimés mélancoliques, ils conservent, derrière ces manifestations prédominantes, un aspect de déments précoces, négativistes ou catatoniques, instables, stéréotypés ou persécutés par périodes; en dégagant ces caractères effacés, il est possible d'arriver à reconnaître l'affection causale.

Le diagnostic reste cependant très malaisé dans bien des cas; en présence d'un syndrome rappelant la psychose encéphalitique, le clinicien averti exercera sa sagacité à guetter et à rechercher le signe neurologique dont l'apparition même fugace emportera le diagnostic indubitable d'encéphalite épidémique.

Arrivé au terme de cette étude, il nous semble qu'un parallèle peut être établi, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, entre les formes neurologiques et psychiatriques de l'encéphalite épidémique : de même qu'en neurologie, le virus encéphali-

tique, suivant sa localisation dans telle ou telle zone du névraxe, donne lieu à des manifestations différentes : myoclonies, chorée, hoquet, parkinsonisme, de même les manifestations psychiques spéciales de l'encéphalite ne sont-elles sans doute que l'expression d'une atteinte des zones psychiques par le même virus. Au même agent étiologique répond une expression clinique différente suivant sa localisation.

Dans les lésions tardives, le parallèle est frappant entre l'attitude soudée et la lenteur des mouvements du parkinsonien d'une part, l'expression figée et la lenteur des opérations intellectuelles du malade atteint de psychose encéphalitique, d'autre part. Au parkinsonisme neurologique correspond un parkinsonisme mental. Tel est le fond mental de la psychose encéphalitique.

D'après ce que nous venons de voir, elle constitue un « syndrome mental qui a ses particularités et ses caractéristiques » (Pierre-Kahn).

CONCLUSIONS

De cette étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Parmi les manifestations psychiques de l'encéphalite épidémique se rencontrent les symptômes apparaissant au cours des psychoses toxi-infectieuses : anxiété, confusion mentale, désorientation, hallucinations à caractère pénible, délire onirique.

2° A côté de ces manifestations non spécifiques, peut être isolé un syndrome mieux caractérisé : syndrome de pseudo-démence précoce dont les signes particuliers sont les suivants :

a) Episode prémonitoire confusionnel, brusquement éclos, ou infectieux, généralement de courte durée et échappant souvent au clinicien ;

b) Apparence de démence précoce avec éléments hystériformes du tableau clinique ; processus mental *polymorphe* et *discordant* : périodes d'excitation ou de délire interrompues par d'autres périodes absolument normales ou paraissant telles ;

c) Faciès particulier du malade : aspect figé, inexpressif ; regard étonné ou atone exprimant un ralentissement.

tissement cérébral, une sorte de parkinsonisme psychique;

d) Evolution généralement favorable.

Bien que n'étant pas très délimité dans sa symptomatologie, ce syndrome psychique mérite le nom de psychose encéphalitique, le terme de psychose étant pris dans sa plus large acception.

L'individualisation de ce syndrome trouve son maximum d'intérêt dans les formes mentales pures ou presque pures de l'encéphalite épidémique.

En sa présence, le clinicien multipliera ses investigations et concentrera son attention sur la recherche d'un signe neurologique d'encéphalite. La constatation d'un de ces signes, souvent effacé ou fugace et de recherche difficile, sera donc extrêmement précieuse; son existence, en apportant à la psychose une signature étiologique indiscutable, permettra d'en déduire les conséquences pronostiques qu'elle comporte.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
ROGER.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAMSON. — Troubles mentaux dans l'Encéph. létharg. *Journal of nerv. and ment. disease*, sept. 1920.
- ACHARD. — L'encéphalite léthargique. Lib. Baillière, 1921.
- AUBRY. — Formes mentales de l'enc. épidém. *Rev. méd. de l'Est*, n° I, page 1, 1921.
- BOSC. — Le délire dans l'encéph. létharg. et les formes délirantes simples. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 7 mai 1920.
- BREMER. — Formes mentales de l'enc. épidém. *L'Encéphale*, 1920, n° 8.
- BRIAND (Marcel). — Les troubles mentaux de l'Enc. épid. au point de vue médico-légal. *Bullet. de l'Académie de Méd.*, 1921, n° 38, page 286.
- Observation. *Encéphale*, 1920, n° 7, page 483.
- BRIAND et BOREL. — Hypomanie avec onirisme nocturne chez un enfant de 9 ans atteint d'encéph. létharg. *Soc. cl. ment.*, 21 juin 1920.
- BRIAND et PORCHER. — Séquelle d'encéph. épid. chez un enfant de 10 ans. *Soc. cl. de Méd. ment.*, 18 avril 1921.
- Séquelles d'encéph. épid. : troubles du caractère et excitation psycho-motrice à exacerbation nocturne. *Soc. cl. de Méd. ment.*, n° 4, avril 1921.
- BRIAND et REBOUL-LACHAUX. — Troubles du caractère et séquelles mentales de l'enc. épidém. chez les enfants. *Soc. cl. de Méd. ment.*, 19 déc. 1921.

- BRIAND et ROUQUIER. — Troubles mentaux dans l'encéph. épid. *Soc. Méd. des Hôp.*, 4 juin 1920.
- CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX. — Arythmie respiratoire et troubles mentaux, séquelles probables d'encéph. épid. *Soc. Clin. de Méd. ment.*, 17 juillet 1922.
- CÉRISE. — Les séquelles oculaires de l'encéph. létharg. *La Médecine*, janvier 1922, page 265.
- CLAUDE (Henri). — L'état mental dans le syndrome park. *Paris-Médical*, 2 octobre 1920.
- Sur certains troubles mentaux survenus au cours du syndr. park. *Congrès de Neurologie*, Paris 1921, p. 649.
- Suites éloignées de troubles psych. dans l'encéph. épid. *Ann. Méd. psych.*, 1922, n° 3, page 246.
- *Société Médico-psycholog.*, juillet 1920.
- CLAUDE et BROUSSEAU. — Troubles mentaux d'origine encéph. à début confus. avec palilalie et tachyphémie. *Soc. cl. de Méd. ment.*, 15 mai 1922.
- CRAMER (H.). — Les formes somnolentes et insomniques de l'encéph. épid. *Revue méd. de la Suisse Rom.*, 1920, page 301.
- CRUCHET. — Encéphalomyélite diffuse. *Soc. de Méd. et de Chirg. de Bordeaux*, 6 février 1920.
- Rapport sur l'encéphalomyélite épidém. *Bull. de Méd. des Hôp.*, n° 9, page 344.
- La forme bradykinésique (ou pseudo-parkins.). *Congrès de Neurol.*, juin 1921. R. N., page 665.
- DEMOLE. — Encéph. létharg. myoclon. à prédom. unilatérale, délirium tremens initial. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, 1920, page 353.
- DENUYER et MORLAY. — A case of myoclonie encéphalitis léthargica simulating hydrophobia. *Brit. Méd. Journal*, 5 février 1921.
- DIDE, GUIRAUD, LAFAYE. — Syndrome parkins. dans la démence précoce. *Congrès de Neur.* R. N., page 692.
- DIMITZ und SCHILDER. — Über die psychischen Störungen

- bei der Encephalitis epidemia, 1920. *Leit für die gesamte neur. und psych.*, 1921, page 299.
- VON ECONOMO. — Beitrage zur enceph. letharg. *Neur. Zentralblatt*, n° 21, 1917.
- Considérations sur l'épidémiologie de l'enc. létharg. et sur ses différentes formes. *Arch. suisses de Neur. et psych. baud.*, 6 heft 2, 1920, page 275.
- FOIX. — L'Encéphalite léthargique. *Traité de Sergent*, Paris Maloine, 1921.
- FRANCIONI (Carlo). — Sur un syndrome psychique. *Policl.*, année 28, 1921, page 571.
- FROMENT. — Le déficit psychique dans les états park. post-encéph. *Congr. de Neur.*, juin 1921. R. N., page 649.
- GELMÁ (Eug.) et HAUNS (Alf.). — Sur le sommeil et les troubles psychiques de l'encéph. létharg. *Ann. de Méd.*, t. IX, n° 1, page 17, année 1921.
- GUILLAIN (G.). — Encéph. létharg. avec crise épilept. initiale. *Soc. Méd. des Hôp.*, 15 oct. 1920.
- Encéph. épid. *Etude Neurol.*, Masson, 1922.
- GUILLAIN et GARDIN. — Syndrome parkins. hypertonique et catatonique avec glycosurie consécutif à une encéph. létharg. *Soc. Méd. des Hôp.*, n° 16, 1921.
- HARVIER et LEVADITI. — Recherches sur l'encéph. létharg. *Soc. Méd. des Hôp.*, 6 février 1920.
- Lésions des centres nerveux dans l'encéph. myoclon. *Soc. Méd. Hôp.*, 5 mars 1920.
- HESNARD. — La psycho-encéphal. épidém. et les troubles psych. de l'encéph. dite létharg. *Encéph.*, 1920, n° 7.
- JANET (Henri). — Encéph. létharg. à forme ambulatoire. *Soc. de Péd.*, 20 janvier 1920.
- KAHN (Pierre). — Un cas d'encéph. successivement névralgique, psychique, choréiforme, myoclonique, léthargique, avec séquelles héli-myocloniques. *Soc. Méd. Hôpit.*, 30 avril 1920.

- Communication Société de Psychiatrie. *Encéphale*, 1920, n° 9, page 551.
- Deux observations d'encéph. létharg. à évolution dément. précoce. *Encéph.*, 21, n° 5, page 265.
- Société de Psychiatrie. *Journal de Psychologie*, 1922, n° 8.
- Troubles psychiques à physionomie spéciale au cours d'une encéph. épидém. *Encéph.*, 1922, n° 7.
- KAHN, BARBIER et BERTRAND. — Un cas de hoquet épидém. à prédominance bulbaire et cervic. unilatérale. *Soc. Méd. des Hôp.*, 20 mai 1921.
- KAHN et BENDA. — Soc. de Psychiatrie, 17 nov. 1921. *Journal de Psychol.*, 1922, n° 1.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les troubles psychiques de l'encéphal. épидém. *Rev. Génér. Gaz. Hôp.*, mars 1921.
- LAIGNEL-LAVASTINE et LOGRE. — Deux cas d'encéph. léth. avec syndr. psych. ressemblant au syndrome hébéphrénocatétonique. *Encéph.*, 1920, n° 7.
- DE LAPERSONNE. — Manifestations oculaires de l'encéphalite léthargique. *Presse Méd.*, 21 juillet 1920.
- LAROCHE (Guy) et FILASSIER. — *Paris Médical*, 19 juin 1920.
- LEAHY, IRVING (And.) SANDS (J.). — Troubles psychiques chez des enfants en relation avec l'encéph. épидém. *Journ. of Am. Med. Assoc.*, 1921, n° 6, page 373.
- LEROY (Raoul) et DUPOUY. — Encéphalite épид. asthénique et myoclonique avec crises bulbaires; évolution continue depuis plus d'un an. *Ann. médico-psychol.*, 1921, n° 2, page 151.
- LÉVY (M^{lle} Gabrielle). — Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'encéph. épид. *Thèse de Paris*, 1922.
- LÉVY-VALENSI et SCHULMANN. — Eléments des types parkinsonien et pseudo-bulbaire au cours de l'évolution

- d'une encéph. létharg. Rire et pleurer spasmodiques; localisation pallidale. *Soc. Neur.*, 2 déc. 1920.
- LHERMITTE. — L'encéphalite létharg. *Questions neurolog. d'actualité*, Masson, 1921.
- LIVET (Louis). — Contribution à l'étude des formes psychiques de la polyomésencéphalite-épidém. *Ann. Méd. psych. am.*, 79, n° I, 1921.
- LOGRE. — Encéph. épidém. *Encéph.*, 1920, n° 7, page 475.
- MARIE (Pierre) et TRETIAKOFF. — Anatomie pathologique de l'encéph. létharg. *Ann. de Méd.*, 10 janvier 1920.
- MASSÉ et LEBOURGO. — Séquelles motrices et psychiques de l'encéph. épidém. *Journal de Méd. de Bordeaux*, n° 17, 25 novembre 1921.
- MAY (Et.). — L'Encéphalite léthargique. *In Nouveau traité de Médecine*, Masson 1922.
- MOURIQUAND, LAMY, MARTINE. — Séquelles psychiques de l'encéph. létharg. chez l'enfant. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 7 déc. 1920.
- NETTER. — L'encéphalite épidémique. *Presse Méd. calé.*, 7 déc. 1920.
- PERRENS. — Troubles physiques et psychiques consécutifs à une encéph. épidém. *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 6 mai 1921.
- PETIT (Georges). — Les formes mentales prolongées de l'encéph. épidém. *Soc. Méd. Hôp.*, n° 13, 1921.
- RAMOND (Louis). — A propos d'un cas d'encéph. létharg. à forme ambulatoire. *Journ. des Prat.*, 6 déc. 1919.
- RÉMOND et LANNELONGUE. — Les séquelles de l'encéph. létharg. *Bull. de Méd.*, n° 32, 10 octobre 1920.
- ROBIN. — Séquelles mentales de l'encéph. épidém. *Soc. cl. de Méd. mentale*, 17 juillet 1922.
- ROUQUIER. — *Société de Psychiatrie*, juin 1920.
- SEFET et BENET. — Un cas d'encéphalite léthargique. Troubles mentaux et parkinsonisme au cours de la convalescence. *Marseille Médical*, 15 juin 1920.

SICARD et PARAF. — Le hoquet épidémique. *Soc. de Neur.*,
2 déc. 1920.

TRUELLE et PETIT. — Rapport sur les troubles psychiques
dans l'encéph. épidém. *Congrès des Aliénistes de Quim-*
per, 1922.

VERGER et HESNARD. — L'affaiblissement psychique rési-
duel dans l'encéph. épidém. *Le Sud Médical*, 15 mars
1922.

